

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Abraham LIBOW

Né le 23 Mai 1889, à Bertitchev (Russie)

Principes actuels
DU
Traitement des Toxicomanies

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935.

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Abraham LIBOW

Né le 23 Mai 1889, à Berditchev (Russie)

Principes actuels DU Traitement des Toxicomanies

Président : M. L. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.
BOULIN Pathologie médicale.
BROCQ Patholog. chirurgicale.
BULLIARD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHEVALLIER Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT Pathologie médicale.
FEY Urologie.
GALLIARD Parasitologie.
GASTINEL Bactériologie.
GATELLIER Patholog. chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES Patholog. chirurgicale.
GAYET Physiologie.
GIROUD Histologie.
HAGUENAU Pathologie médicale.
HALPHEN Oto-rhino-laryngol.
HAZARD Pharmacologie.
HUGUENIN Anatomie pathologiq.
HUANNON Hygiène.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique.
LAROCHÉ (Guy) Pathologie médicale.
LEMAIRE Pathol. expérimentale.
LEVEUF Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LEVY Pharmacologie.
LEVY-VALENSI Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU Pathologie médicale.
MOULONGUET Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN Pathologie médicale.
OBERLING Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS Patholog. chirurgicale.
PIEDELIEVRE Médecine légale.
PORTES Obstétrique.
QUÉNU Patholog. chirurgicale.
RICHET Physiologie.
SANNIE Chimie biologique.
SENEQUE Patholog. chirurgicale.
SEZARY Dermatol. et syphiligr.
TROIISIÉRE Pathol. expérimentale.
TURPIN Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT
(Pasteur) Pathologie médicale.
VELTER Ophthalmologie.
VIGNES Obstétrique.
WILMOTH Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgic.
BUSQUET Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
ECALLE Clinique Obstétricale.
GUENIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

A MA FEMME BIEN AIMÉE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A MM. LES PROFESSEURS RECLUS,
WIDAL, CHANTEMESSE, OUDRHY

In memoriam.

A MM. LES PROFESSEURS SCHVARTZ,
CHEVASSU, HALBRON, ACHARD, CATHALA

AVANT-PROPOS

Il n'est pas douteux que l'usage des substances stupéfiantes s'étend de plus en plus au point de constituer un problème de grande actualité. Les autorités publiques se sont inquiétées depuis longtemps des progrès des toxicomanies et il semble qu'avec l'aide efficace de la Société des Nations, on soit en droit d'espérer une solution.

En dehors de la lutte officielle et, en quelque sorte collective, contre les toxicomanies, il y a lieu de se préoccuper de la thérapeutique préventive et curative individuelle de ces malades. On ne peut contester aujourd'hui que les individus qui sont la proie d'une substance stupéfiante sont de véritables malades beaucoup plus souvent justiciables de soins médicaux que de mesures coercitives brutales. Autrefois et encore aujourd'hui trop souvent on a tendance à considérer ces sujets comme des délinquants qui perdront leur habitude aussitôt qu'on les aura frappé d'une sanction pénale. Rien n'est plus simpliste et plus sommaire qu'une telle conception. La toxicomanie constitue un état pathologique com-

Digitized by the Internet Archive
in 2026

I

DÉLIMITATION DES TOXICOMANIES

La notion de toxicomanie est très diversement comprise et interprétée par les différents auteurs. Nous avons cherché les critères qui, au milieu de ces multiples définitions et conceptions permet de définir nettement une toxicomanie. L'on verra combien une telle tentative rencontre de difficultés. Il nous a semblé d'ailleurs qu'on est obligé de distinguer deux notions de toxicomanie : une notion générale, biologique et une notion plus restreinte qui est suffisante dans la pratique.

Théoriquement, on doit qualifier de toxicomanie l'usage de toute substance n'ayant pas une utilité strictement alimentaire. On sait que par substance alimentaire on entend tout corps qui est indispensable au maintien de la vie d'un organisme : matières minérales, substances protéiques, graisses, hydrates de carbone et ces corps infinitésimaux appelés vitamines. Tout ce qu'on absorbe en dehors de ces substances est superflu. A cette définition

beaucoup trop large on doit apporter des restrictions. Parmi le « superflu alimentaire », il y a des substances sans action physiologique dont nous ne faisons usage que pour le goût. Ces corps (épices, essences, condiments, etc.) ne sont pas à proprement parler des toxiques, tout au moins à des doses qui en sont généralement absorbées. De plus, restriction primordiale, on peut supprimer l'usage de ces substances d'un jour à l'autre sans qu'on s'en aperçoive ou qu'on en souffre.

Pour pouvoir parler de toxicomanie, il nous paraît donc indispensable que l'agent en question ait une action pharmacodynamique et surtout que son usage devienne une nécessité pour l'organisme. En définissant ainsi les toxicomanies, on y range encore un trop grand nombre de substances. « Il est bien peu de sujets qui échappent à la toxicomanie, sous l'une quelconque de ses modalités : fumeurs, buveurs d'alcool, de café, de thé, se résignent malaisément à renoncer à leur stimulant favori. » (Balthazard).

Théoriquement, en effet, l'usage de ces substances constitue nettement une toxicomanie, bien que pratiquement, le terme soit exagéré. On ne parle, en effet, couramment de toxicomanie, que lorsque l'usage du corps amène un besoin impérieux, une nécessité d'augmenter les doses indéfini-

ment. A l'idée de toxicomanie s'associe également l'image d'une déchéance physique et morale de l'individu. Si bien que pratiquement les toxicomanies se limitent à l'usage de l'opium, de la morphine et leurs dérivés, à la cocaïne, le hachich, etc...

En cherchant un critérium moins arbitraire que celui de la déchéance, on ne peut délimiter nettement les toxicomanies proprement dites de l'usage des divers excitants. On pourrait dire plutôt qu'il existe une gradation entre les habitudes anodines et l'usage des stupéfiants. Tout en bas de l'échelle, on trouve le café, le thé, le bétel, la kola, etc. dont on prend l'habitude mais dont on peut se passer s'il le faut et qui, de plus, n'exigent pas une augmentation incessante des doses. A un degré de plus, c'est le tabac, plus nocif et dont le sevrage est plus difficile. Vient enfin l'alcool qui, tout comme les stupéfiants proprement dits, anéantit la volonté et est générateur de troubles psychiques pouvant entraîner la dégradation de l'individu. L'alcool se distingue cependant des substances qui suivent par le fait qu'il n'exige pas une augmentation de la dose. Le sevrage est d'ailleurs relativement facile. La dernière classe est enfin constituée par les stupéfiants proprement dits, mais qui eux-mêmes présentent des nocivités différentes. Il n'est pas douteux que fumer l'opium est moins dangereux que de se faire

des piqûres de morphine et la morphine elle-même est moins grave que la cocaïne ou l'héroïne.

Ce simple essai de définition montre combien le problème des toxicomanies est complexe. Ajoutons à cela l'importance des facteurs individuels. Tel sujet (dont on dira vulgairement qu'il a beaucoup de volonté) se débarrassera plus facilement de son vice que tel autre, plus faible. Nous reviendrons encore sur les facteurs constitutionnels.

Pour fixer les idées , nous appellerons toxicomanie, l'usage de tous les agents toxiques dont on prend l'habitude et qui nécessitent plus ou moins une cure de désintoxication. Par contre, nous nommons stupéfiants les corps qui s'accompagnent d'une accoutumance nettement marquée et dont l'usage ne se perd que fort difficilement à la suite d'un traitement pénible, long et souvent voué à l'insuccès. Comme nous l'avons dit, la différence entre les catégories de corps est une question de nuances et l'alcolisme forme l'intermédiaire entre elles.

II

PSYCHOLOGIE DES TOXICOMANES

Les particularités psychiques du comportement des toxicomanes exigeraient pour elles-seules un travail très important. Nous nous bornerons ici à signaler les faits qui ont quelque importance au point de vue de leur traitement.

Un premier point dont le traitement préventif des toxicomanies devrait tenir compte est la cause psychique qui amène les sujets à la toxicomanie. Nous n'envisageons pas ici les cas où le début s'est fait par une ordonnance thérapeutique (20 à 30 % des cas d'après Balthazard). Au point de vue qui nous occupe, une des raisons les plus fréquentes est constituée par des perturbations affectives (chagrins, soucis, désir d'augmenter ses capacités intellectuelles ou génitales, etc.). Ces cas-là sont bien plus fréquents qu'on ne le pense. Sans parler des stupéfiants, on sait combien l'alcoolisme est favorisé par les ennuis moraux ou matériels. L'on verra à ce propos l'importance des facteurs sociaux.

On peut se dire que les causes ci-dessus ne jouent dans les toxicomanies qu'un rôle occasionnel et que la véritable base de l'habitude est dans la constitution même de l'individu. Les recherches effectuées dans ce sens par Joël se sont cependant montrées assez contradictoires. Au point de vue ethnique, il ne semble pas y avoir une différence entre les tendances des divers peuples. Les différences apparentes s'expliquent par des raisons sociales ou géographiques.

Les sentiments religieux peuvent s'opposer dans une certaine mesure également aux toxicomanies, mais le besoin profond d'évasion qui existe dans tout homme arrive à contourner toutes les interdictions. Ainsi, les Mahométans auxquels l'alcool est défendu s'adonnent à l'usage de l'opium ou du hachich.

D'après certains auteurs, la constitution psychique des toxicomanes ou des individus voués à l'usage des toxicomanies est assez particulière. Ce seraient surtout les cyclothymiques qui seraient destinés à devenir des morphinomanes, d'après Straus. Ce serait le besoin de calmer leur angoisse, phénomène fondamental des crises dépressives auxquelles ils sont sujets, qu'ils ont recours aux toxiques. Par contre, l'alcoolisme serait le fait de la constitution épileptoïde (Dobnigg-Economo). La constitution

schizoïde comporte une certaine immunité vis-à-vis du vice des toxiques. D'après Serejski, les schizophrènes seraient tout à fait réfractaires à toute toxicomanie.

*
* *

D'une façon générale, on peut affirmer que ce sont surtout les sujets qualifiés d'un terme vague *psychopathes* ou *névropathes* qui sont les candidats à la toxicomanie. D'ailleurs, le besoin d'oubli des soucis quotidiens, la nécessité d'une évasion de la monotonie des jours constitue une tendance profonde de l'humanité. Ce besoin se manifeste plus aisément chez des sujets plus sensibles, à psychisme plus vulnérable.

La toxicomanie peut débiter chez un sujet normal lors d'un affaiblissement passager de sa résistance mentale, mais une fois l'habitude prise, elle persiste. D'ailleurs, chez la plupart des toxicomanes, les phases de bonheur procuré par la drogue alternent avec des phases de remords. C'est cette sorte de conflit intérieur qui caractérise le psychisme des habitués des stupéfiants. Pour instaurer une cure de désintoxication, il faut profiter d'un instant de révolte contre le vice.

L'alternance dont nous venons de parler explique l'espèce de duplicité qu'ont remarquée tous ceux qui ont l'habitude de traiter ces malades. Au début de la cure, ils promettent, avec la meilleure foi du monde, une soumission entière, mais aussitôt qu'ils commencent à éprouver les douleurs et les angoisses du sevrage, ils réclament leur drogue avec violence et cherchent à se la procurer par les ruses les plus extraordinaires.

Il convient de ne pas méconnaître le caractère extrêmement pénible de la désintoxication. On a tendance à croire que les malades exagèrent et qu'ils n'éprouvent pas réellement les souffrances morales et physiques horribles dont ils se plaignent. Il est certain que le sens moral et le sentiment de leur propre dignité est souvent très diminué chez ces sujets, mais leurs plaintes doivent être prises au sérieux, comme les cas de mort par sevrage en témoignent.

III

PHYSIO-PATHOLOGIE DES TOXICOMANIES

Les modifications profondes que subit l'organisme des toxicomanes se manifeste d'ailleurs par des phénomènes somatiques objectifs. L'importance de ceux-ci est considérable pour la compréhension de la cure de désintoxication. Toutes les fonctions organiques des intoxiqués subissent des modifications. Leur respiration, leur tension artérielle, leur formule sanguine, la composition chimique de leurs humeurs, l'excitabilité de leur système nerveux et de leurs muscles sont changés. Ces changements sont variables avec chaque toxique et avec le stade de l'intoxication ; nous ne pouvons les étudier ici en détail.

On a l'impression chez les toxicomanes que leur organisme fonctionne sous un régime différent que leur vie a retrouvé un nouvel équilibre. Comme dit la locution populaire : « l'habitude est une seconde nature » ; la toxicomanie a en effet créé un

autre individu. On comprend en effet, que ce second équilibre organique a été créé par la drogue, il ne peut donc être entretenu que par la drogue et, grâce à l'accoutumance, par une augmentation progressive de la drogue. En instituant une cure de désintoxication, on rompt l'équilibre et l'on compromet le fonctionnement de l'organisme.

Comme le fait remarquer Kobert, les accidents de la désintoxication ont tout à fait l'allure de manifestations toxiques. Les accidents habituels de la désintoxication revêtent l'aspect des troubles qui justifieraient l'administration du toxique en question. Ainsi l'héroïnomane désintoxiqué présente des troubles respiratoires pouvant aller à une paralysie complète, le sevrage du véronal entraîne une insomnie tenace, etc. Parfois, cependant, les troubles ressemblent aux accidents que déterminerait une grosse dose du même toxique. La désintoxication du morphinomane, par exemple, détermine une asthénie et une apathie profondes. Le même phénomène se voit dans l'alcoolisme où tous les troubles s'exagèrent à jeun et s'atténuent par l'administration d'alcool.

Ces modifications organiques, objectivement constatables arrivent à persuader les plus sceptiques que les « horreurs » de la désintoxication sont réelles et ne peuvent s'expliquer par la simulation.

Cependant, le psychisme a une certaine influence sur ces phénomènes. On sait, par exemple, que l'injection d'eau distillée arrive à calmer les morphomanes pendant un moment, mais ils s'aperçoivent généralement vite de la supercherie. N'oublions pas qu'un réflexe conditionnel s'est établi chez ces sujets et que l'idée et la sensation de la piqûre suffit pour produire passagèrement les effets de la drogue.

La plupart des troubles organiques s'expliquent par une localisation des substances toxiques sur le système nerveux végétatif. On sait que ce système doit avoir un équilibre à l'état normal et que la destruction de cet équilibre détermine des troubles dont l'importance apparaît comme de plus en plus considérable en pathologie. Les toxicomanies ne détruisent pas à proprement parler cet équilibre, mais elles en créent un autre : une sorte d'équilibre pathologique. La désintoxication rompt ce dernier et le malade ne pourra être déclaré guéri que lorsque son système nerveux végétatif aura repris son harmonie normale.

IV

L'ACCOUTUMANCE

L'accoutumance est un phénomène très complexe que l'on peut dissocier en deux éléments au moins : d'une part la tolérance progressivement accrue de l'organisme vis-à-vis d'un toxique lorsqu'il y est introduit à des doses successivement croissantes, d'autre part le besoin qu'éprouve l'organisme accoutumé pour cette substance. Le premier phénomène, très anciennement connu sous le nom de mithridatisation, apparaît immédiatement comme un fait organique apparenté à l'immunité. Le second est pris, à tort, comme un processus de désir mental. En réalité, il semble hors de doute que ce désir est né dans l'intimité des tissus et correspond à un besoin réel et organique tout comme la faim ou la soif.

A notre avis, l'accoutumance constitue le phénomène fondamental de la toxicomanie. Certaines substances sont génératrices de toxicomanies parce

qu'elles déterminent une accoutumance, dans le sens complexe du terme. Il ne suffit pas évidemment qu'un agent toxique soit toléré par l'organisme pour déterminer la toxicomanie, il faut que ce corps ait une action localisée sur certains centres nerveux.

Du reste la gravité d'une toxicomanie, comme nous l'avons déjà dit plus haut, dépend du degré de l'accoutumance. Or, les agents des toxicomanies les plus dangereuses sont les toxiques des centres nerveux supérieurs. Grâce à cette localisation, leur action se caractérise par une sensation d'euphorie. Il est possible que les sensations que les stupéfiants procurent soient un facteur favorisant de leur usage, tout au moins au début, mais les processus primordiaux, à notre avis, sont des échanges chimiques se passant dans l'intimité des cellules nerveuses.

*
* *

Quant au mécanisme de l'accoutumance, nous en sommes réduits jusqu'ici à des hypothèses plus ou moins vraisemblables ou plus ou moins séduisantes. Pellini et Greenfield ont trouvé dans le sérum d'animaux accoutumés à la morphine des anticorps spécifiques. Lewin a contesté ces faits.

Cloetta a constaté que l'accoutumance détermine une diminution du pouvoir absorbant des tissus pour le poison. Ce phénomène a été contesté par Schwartz. Takayanagi prétend que le sérum des sujets accoutumés acquiert le pouvoir de détruire le poison plus rapidement que celui du sujet neuf. Quant à la morphine, Valenti a trouvé que cet alcaloïde est détruit par ses propres produits de décomposition. D'après Schweissheimer, la destruction du poison se ferait dans l'intimité des tissus du sujet accoutumé, en particulier pour l'alcool.

D'après les travaux de Sherwin, l'accoutumance consisterait surtout en une fixation accrue du poison par certains tissus, en particulier par une augmentation du pouvoir antitoxique du foie.

La théorie qui rend le mieux compte de tous les faits est celle de Lewin. Cet auteur a montré que l'accoutumance est essentiellement un phénomène cellulaire. On a pu la provoquer, en effet, chez des êtres unicellulaires, chez des algues, etc. Dans un organisme supérieur l'accoutumance se fait au niveau des cellules particulièrement sensibles à l'action du poison, donc, dans le cas des stupéfiants, au niveau des centres nerveux supérieurs. Sous l'effet de la substance toxique, surtout lorsque l'usage de celle-ci est répété et prolongé, la cellule change de

composition. Le poison devient, en quelque sorte, un constituant normal de la cellule. Toute nouvelle dose jouera donc le rôle d'un aliment puisqu'elle ne fera que maintenir la composition de la cellule. La cellule accoutumée a donc une nouvelle composition qu'il faudra maintenir sous peine de voir apparaître les accidents de sevrage.

L'agent ayant déterminé l'accoutumance a non seulement cessé d'être toxique, mais il est devenu indispensable à la vie de la cellule. On pourrait le comparer à une hormone ou à une vitamine nouvelle, puisque lorsqu'on cesse d'en approvisionner l'organisme celui-ci présente des phénomènes de carence.

Ainsi s'explique le bouleversement complet de l'organisme des intoxiqués, le changement complet de leur personnalité organique et psychique qui rend si difficile le traitement de ces états.

V

LE SEVRAGE

Le but évident du traitement des toxicomanies est la suppression complète de l'usage de la drogue. Cependant, dans l'immense majorité des cas, ce but ne peut être atteint immédiatement, sans avoir recours à d'autres procédés. Dans les toxicomanies légères (café, tabac et certains cas d'alcoolisme), on peut instituer un sevrage brusque, sans précautions. Le malade, ayant des raisons sérieuses de renoncer à ses habitudes se soumet généralement très facilement à l'interdiction brusque et cesse l'usage du toxique d'un jour à l'autre, sans le moindre inconvénient. Les avantages du sevrage brusque sont incontestables. Son effet est rapide et radical et encourage ainsi le sujet à la persévérance. Il prévient aussi les retours offensifs de la passion auxquels expose le sevrage progressif. Le sevrage brusque a aussi l'avantage d'être rapide, ce qui dans certains milieux sociaux est très important.

Malheureusement, bien souvent, il est impossible d'avoir recours à ce procédé simple et rapide, sous peine de voir survenir des accidents graves. On a vu que la toxicomanie consistait essentiellement en un nouvel équilibre organique et en une modification de la composition intime de certaines cellules. On peut donc considérer l'état d'intoxication comme une sorte d'état normal néoformé. En sevrant le malade brusquement, on prive ses cellules nerveuses d'un aliment ou d'une hormone dont elles ont besoin.

Dans ces cas là, la désintoxication doit être progressive. On diminue les doses suivant un rythme qui varie selon le toxique, selon le degré d'intoxication, selon le sujet et selon le médecin. Ou encore, au lieu de l'injection sous-cutanée, on administre un produit analogue par la bouche. Nous reparlerons de ces procédés à propos des produits de substitution.

Un auxiliaire parfois précieux du sevrage est l'administration fictive. Nous n'insistons pas sur les cigarettes dénicotinisées, le café décaféiné, etc... Aux morphinomanes et héroïnomanes, on fait les piqûres d'eau distillée qui ne trompent que bien peu de temps, mais qui, dans certains états légers peuvent rendre des services.

En somme, le sevrage seul est à peu près impossible dans les états sérieux. Il doit être accompagné d'autres méthodes que nous allons envisager maintenant.

VI

LES PRODUITS DE SUBSTITUTION

Nous avons suffisamment développé jusqu'ici les raisons pour lesquelles le sevrage seul ne peut suffire au traitement d'une toxicomanie grave. Les cellules nerveuses de l'organisme se sont habituées à un toxique au point que celui-ci constitue pour ces cellules un véritable aliment. Ce fait est probablement l'essence même de l'accoutumance.

Au fond, le sevrage progressif constitue déjà un procédé intermédiaire entre la suppression pure et simple de la drogue et son remplacement par d'autres substances ayant des affinités tissulaires analogues. Seulement dans le sevrage progressif, c'est la drogue en cause qui, à des doses progressivement décroissantes, constitue son propre produit de substitution.

Un procédé analogue consiste à donner au malade le même toxique, mais introduit par une voie moins directe, pratiquement par la voie buccale. Il

existe un grand nombre de produits spécialisés, contenant des doses variées de morphine qui ont été préconisés pour le traitement de la morphinomanie (eukodal, pantopon, eumecon, trivetine, etc.). L'inconvénient de l'utilisation de ces produits (dont certains ont une composition tenue secrète) est le même que celui du sevrage progressif. On maintient le malade sous l'influence de la drogue, et de plus, on ignore la véritable quantité de toxique absorbé.

On a tenté alors de substituer au toxique ou à ses dérivés des corps qui apparemment se fixent sur les mêmes éléments cellulaires. On a d'abord préconisé la scopolamine ou l'atropine (Wuth). Il semble cependant, que ces alcaloïdes ne peuvent remplacer les stupéfiants que dans leur localisation sur le système nerveux végétatif. Il en semble être de même de la choline (Klee et Grossmann). Le pyramidon aurait donné de bons résultats à Joël. On a utilisé également l'hydrate de chloral.

Ce sont cependant surtout les barbituriques, injectés par la voie parentérale qui sont en faveur. On a préconisé ainsi le véronal, le gardénal ou luminal, le somnifène, le dial et surtout le pernocrone, avec des résultats assez variables. D'ailleurs, nous reviendrons encore sur les hypnotiques à propos du traitement symptomatique.

Il est fort vraisemblable que la protéinothérapie dont on a beaucoup vanté les mérites constitue également une méthode de substitution. Il est d'ailleurs possible que le choc protéinique joue aussi un rôle désintoxicant. L'emploi de l'injection de protéines a conduit sans doute par hasard à la méthode qui, d'après Dupouy et Delaville, constitue le traitement de choix des toxicomanies : l'emploi de lipoides. Il y a eu tout d'abord un remède secret, le narkosan, préparé en Amérique, qui contenait, en dehors de protéines non spécifiques, des lipoides et des vitamines hydro-solubles.

Dupouy et Delaville injectent simplement une solution de lécithine dans de l'huile de ricin et obtiennent des résultats surprenants. Les malades sont désintoxiqués au bout de 5 jours, sans accidents et sans souffrances, l'usage du toxique étant supprimé dès le début. Jusqu'ici ils ont obtenu 30 guérisons sans accidents et sans aucun échec.

Il semble dans ce dernier cas (comme d'ailleurs dans tous ceux où l'on a trouvé un produit de substitution efficace) que la désintoxication se produit par un véritable phénomène de phylaxie, dans le sens que Billard a donné à ce terme, c'est-à-dire **défixation** du corps toxique de la cellule à l'aide d'un corps ayant les mêmes affinités cellulaires, mais **dépourvu de toxicité**.

VII

PSYCHOTHERAPIE

Il est à peu près impossible d'envisager le traitement d'un toxicomane, sans le changer de milieu, sans l'isoler même dans les cas graves et sans le soumettre à un certain nombre de procédés de psychothérapie. La « cure de désintoxication » telle que l'entendent les spécialistes de la question comprend une série de soins qu'on peut qualifier de « moraux ».

Nous n'insistons pas sur la thérapeutique par la persuasion qui a été surtout préconisée dans le traitement des alcooliques. Selon les préceptes de Coué, on fait répéter aux sujets : « L'alcool me dégoûte. L'alcool me dégoûte de plus en plus. Je ne vais plus pouvoir sentir l'alcool, etc... »

Nous ne faisons que mentionner le traitement psychanalytique ou par hypnose. Il aurait donné quelques succès ' Juliusberger qui a guéri des alcoo-

Les troubles cardiaques et respiratoires si fréquents au cours du traitement de la morphinomanie et de l'héroïnomanie doivent être traités pour leur propre compte : huile camphrée, digitaline, ouabaine et surtout le citrate de caféine qui aurait en plus une action substitutive (Joel).

Contre les divers troubles portant sur le système nerveux végétatif, on a surtout utilisé les alcaloïdes parasymphatholytiques : atropine et scopolamine. Dans d'autres cas, il semble cependant que le système vagal a besoin d'être excité : on donne alors de la choline, de l'acétylcholine ou on fait une petite cure d'insuline, ayant l'avantage de donner en même temps de l'appétit et empêcher la dénutrition des malades en cours de traitement. Le fonctionnement rénal doit être surveillé et on fournit des boissons abondantes pour faciliter la diurèse.

Tels sont les principaux soins symptomatiques dont les toxicomanes sont l'objet pendant leur traitement. Il est évident que l'on ne peut prévoir tout et que la médication symptomatique doit s'adapter aux besoins de chaque cas.

IX

L'AVENIR DES TOXICOMANES ET LE PROBLEME SOCIAL DES TOXICOMANIES

L'usage des toxiques est profondément enraciné dans l'âme collective de l'humanité. La plupart des peuplades primitives, sous divers prétextes (rites religieux, fêtes de la tribu, noces, préparation à la guerre, etc.), s'adonnent soit d'une façon permanente, soit à certains moments, à des agents enivrants, calmants ou, au contraire, excitants. On ne peut donc guère songer à supprimer complètement des habitudes sans doute plusieurs fois millénaires. Tout ce qu'on peut et ce à quoi tend l'effort du sociologue et de l'hygiéniste, c'est de remplacer les toxiques très nocifs par d'autres qui présentent un danger moindre.

Combattre l'usage du café, du thé, du tabac et, dans une certaine mesure, l'alcoolisme, c'est peut-être diriger l'homme vers des toxiques dont l'usage peut avoir des conséquences infiniment plus graves.

Il existe d'innombrables facteurs sociaux qui interviennent dans la genèse des toxicomanies. Dans ce travail, dirigé essentiellement dans un sens individuel, nous ne pouvons insister sur ces facteurs, nous n'en envisagerons que ceux qui ont un rapport avec le traitement et avec le degré de curabilité des toxicomanies.

Le pronostic général des toxicomanies a toujours été considéré comme extrêmement sévère. Le vieux dicton dit déjà : « Qui a bu boira ». Dans le public et même dans les milieux médicaux, il est courant de considérer les individus ayant fait usage de stupéfiants comme définitivement condamnés. Il est certain que la toxicomanie transforme complètement le caractère des individus : elle affaiblit la volonté, abolit le sens moral et le sentiment de la dignité humaine. Dans quelques cas, on a cependant pu constater une véritable résurrection du sujet qui a pu vaincre l'attrait irrésistible de la drogue et reprendre sa valeur individuelle et sociale antérieure.

Il y a relativement peu de statistiques sur l'avenir des toxicomanes traités. Voilà les chiffres de Schwarz qui datent de 1927 : Cet auteur a étudié 119 cas de morphinisme (97 hommes et 22 femmes) et a constaté sur ce nombre 42 % de guérisons persistantes, 35 % de rechutes et 23 % de résultats dou-

ieux. Parmi les guérisons, 10 % étaient acquises depuis plus de 5 ans, 26 % dataient de 3 à 5 ans, 50 % de 1 à 3 ans et 14 % de moins de un an. Ces résultats, sans être pleinement satisfaisants, semblent cependant pouvoir encourager les efforts.

Les facteurs de la persistance de la guérison sont d'une part individuels, d'autre part sociaux. Nous ne revenons pas sur les facteurs individuels qui sont les mêmes que ceux qui font les toxicomanies : constitution physique et mentale du sujet, occasions, diminution de la résistance psychique, etc. Ce sont surtout les facteurs sociaux qu'il importe d'envisager pour les écarter autant que possible de la vie du convalescent et même du sujet dont la guérison est confirmée en apparence. Il nous semble qu'un individu qui a été soumis à la drogue doit toujours être l'objet d'une méfiance de la part du médecin et de la part de la société même. A tout prix il faut lui épargner les tentations auxquelles il résistera certainement beaucoup moins bien qu'un sujet neuf. Il faudra donc s'assurer que son entourage ne comporte pas d'autres cas de toxicomanies, que ses fréquentations ne le conduisent pas dans un milieu où l'usage des stupéfiants existe. On connaît les cas de familles entières s'adonnant à un toxique ou simplement des cas de toxicomanie conjugale. Quant aux milieux où sévit un prosélytisme

intense en faveur des diverses drogues, ce sont les « boîtes de nuit », les réunions d'invertis et certains salons où l'on consomme la drogue par snobisme.

Dans certains cas, malheureusement très fréquents, c'est par sa profession qu'un sujet est exposé à la tentation. C'est le cas du médecin, du pharmacien, du chimiste ,etc. Doit-on conseiller au malade dans de telles circonstances de renoncer à l'exercice de sa profession. On retombe alors dans un autre écueil, celui du désœuvrement et, en cas d'interdiction, dans celui de la dégradation sociale qui prépareront la rechute encore plus sûrement.

Car le meilleur moyen de ramener ces malades à la vie normale est de les remplacer dans le cadre social à une place dont ils seront contents, les habituer au travail, en un mot les mettre dans les conditions de santé mentale aussi parfaite que possible.

CONCLUSIONS

1° La toxicomanie constitue une notion très complexe susceptible d'être interprétée de façons diverses. Dans un sens biologique, on peut qualifier de toxicomanie l'usage de toute substance sans effet alimentaire, mais d'un point de vue plus pratique il convient de réserver cette dénomination à la seule absorption de substances toxiques s'accompagnant d'accoutumance et d'une sensation de besoin impérieux.

2° Les facteurs externes et internes jouent un rôle à peu près égal dans la détermination des toxicomanies. Les données actuelles sur la constitution des sujets exposés à devenir des toxicomanes sont encore insuffisantes. On connaît mieux les causes externes : soucis, imitation, occasion, etc.

3° Il semble bien prouvé que le besoin de la drogue repose chez ces sujets sur des bases physiologiques. L'organisme des toxicomanes est profondément modifié et les affinités de leurs cellules vis-à-vis du toxique augmentées. L'explication la plus séduisante de l'accoutumance est l'hypothèse qui consiste à considérer les toxiques comme des

substances devenues de véritables aliments ou hormones de la cellule nerveuse. Cette théorie permet de comprendre les difficultés que rencontre le traitement de ces états.

4° Le sevrage brusque ne peut convenir qu'à des toxicomanies peu avancées. Dans les cas graves où la privation de toxique amènerait la rupture d'un équilibre vital maintenu grâce à l'absorption régulière de la drogue, il convient d'avoir recours à des procédés moins brutaux. Il faut, en particulier, substituer progressivement au stupéfiant des corps non toxiques ayant des affinités cellulaires analogues. Les meilleurs résultats semblent avoir été obtenus dans cet ordre par l'utilisation des suspensions de lipoides.

5° Le sevrage et la substitution sont les procédés de base du traitement des toxicomanes, mais ils doivent être secondés par la psychothérapie et par une médication symptomatique. Nous avons, en outre, envisagé le problème particulièrement délicat de la réintégration sociale des toxicomanes, condition essentielle de leur guérison définitive.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTHAZARD. — Paris-Médical, 21 Novembre 1931.
- DOBNIGG-ECONOMO. — Allg. Ztschr. f. Psych. 1921, 76, 383.
- DUPOUY et DELAVILLE. — Encéphale, mars 1934.
- JOEL. — Die Behandlung der Giftsuchten. Leipzig, 1928.
- JULIUSBERGER. — Zentralbl. f. Psychoanal. 1913, 3, 1.
- KLEE et GROSSMANN. — 35^e Congrès de Méd. allem. Vienne, 1923.
- KOBERT. — Lehrbuch der Intoxikationen. Stuttgart, 1906.
- LEWIN L. — Les « Paradis artificiels ». Trad. fr. Paris, 1928.
- SCHWARTZ. — J. Of. exp. Thér. et Pharm. 1922, 20, 181.
- SCHWARZ. — Monatschr. f. Psych. 1927, 63, 180.
- SCHWEISSHEIMER. — Deutsche Arch. f. Klin. Med. 1913, 109, 271.
- SEREJSKI. — Ztschr. f. Neur. und Psych. 1925, 95, 130.
- STRAUS. — Monatschr. f. Psych. 1919, 46, 102.
- TAKAYANAGI. — Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1924, 102, 176.
- VALENTI. — Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1914, 75, 437.
- WUTH. — Munch. Med. Woch. 1923, p. 1266 ; 1924, p. 893 ; 1925, p. 722.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	7
I. — Délimitation des toxicomanies	11
II. — Psychologie des toxicomanies	15
III. — Physio-pathologie des toxicomanies	19
IV. — L'accoutumance	23
V. — Le Sevrage	27
VI. — Les produits de substitution	31
VII. — Psychothérapie	35
VIII. — Médication symptomatique	37
IX. — L'avenir des toxicomanes et le problème des toxicomanies	39
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

